FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 403

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Juin 1904, à 1 heure

J. VOISSELLE

Né à Doullens (Somme), le 12 Octobre 1878.

Contribution à l'Étude

DE LA

PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BUDIN, POIRIER, professeurs.
MARION, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY / DEBOVE. / LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TILLAUX. / LE DENTU / TERRIER. / BERGER
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. / BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BESANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	RÉMY.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD	WURTZ.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA BELLE-MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Institut

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, il est un devoir de reconnaissance qui nous incombe et que nous sommes heureux de remplir.

C'est à M. le docteur Pauchet que nous devons l'idée première de notre travail. C'est lui qui nous a gracieusement offert les observations de ses opérés ; c'est lui qui, mettant à notre disposition toute sa science professionnelle et son expérience de chirurgien, nous a guidé dans l'étude parfois délicate de cette question toute nouvelle.

Nous tenons à lui en témoigner publiquement notre reconnaissance et nous le prions d'accepter toute notre gratitude pour son obligeance et son affabilité.

Nous devons aussi un merci chaleureux à M. le docteur Hautefeuille qui a bien voulu nous communiquer sur l'histologie pathologique quelques notes personnelles, nous offrant ainsi la primeur d'une étude d'histologie très sérieuse qui ne tardera pas à paraître, et

à laquelle nous souhaitons d'avance et de bon cœur tout le succès désirable.

Nous présentons également nos sentiments de profonde gratitude à tous nos maîtres dans les hôpitaux, tant pour leur enseignement théorique à l'amphithéâtre des cours que pour leurs leçons cliniques au lit des malades. Qu'il nous soit permis de citer tout particulièrement MM. les docteurs Fournier et Huber qui furent nos maîtres pendant nos années d'internat, et nous guidèrent dans l'art des accouchements et de la médecine; M. le docteur Peugniez, dans le service de chirurgie duquel nous remplîmes le rôle d'externe; M. le docteur Labarrière qui dirigea d'une façon si pratique et si parfaite nos travaux anatomiques; enfin MM. Moynier de Villepoix et Pancier, éminents professeurs de l'École de Pharmacie, qui nous aidèrent dans nos études de bactériologie et de chimie médicale.

Nous ne saurions oublier la dernière année que nous avons passée à Paris, notre stage, trop court hélas, dans le service de M. le professeur Guyon, où nous avons été à même d'admirer de plus près les hautes qualités du maître et de subir le charme de cette affabilité qui lui conquiert si rapidement toutes les sympathies de ceux qui ont l'honneur de l'approcher.

Nous avons eu également le bonheur de parfaire nos connaissances en obstétrique dans le service de M. le docteur Maygrier, et nous le remercions des excellents enseignements dont nous avons profité pen-

dant les trois mois qu'il nous a été donné de passer sous sa direction.

M. le professeur Guyon nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui offrons le témoignage de nos plus sincères remerciements.

HISTORIQUE

L'histoire de la prostatectomie périnéale date d'hier, et si la thérapeutique chirurgicale a tant hésité à lui accorder le droit de cité, c'est que les lésions qu'elle était appelée à supprimer radicalement n'ont été bien étudiées et surtout bien comprises que dans ces dernières années, grâce à l'histologie pathologique.

C'est à M. le professeur Guyon que revient l'honneur d'avoir précisé et perfectionné, avec sa haute compétence, la thérapeutique des affections urinaires. Sous la direction d'un tel maître, une pléiade d'élèves, tels que MM. les docteurs Albarran, Legueu, Proust, et tant d'autres, étudiait d'une façon toute spéciale cette affection si fréquente qui apporte à la pathologie le plus grand contingent d'urinaires, j'ai nommé l'hypertrophie de la prostate.

Déjà d'ailleurs, les conceptions s'étaient modifiées au point de vue pathogénique. On savait que si l'on trouve toujours chez les vieux prostatiques la dégé-

nérescence et la sclérose du muscle vésical, cette dégénérescence est secondaire, qu'il ne s'agit pas là d'un processus de sclérose frappant à la fois et simultanément tout l'appareil urinaire, reins, vessie, prostate. Pour qu'il y ait dégénérescence vésicale, il faut qu'il y ait surmenage de la vessie, amenant ce que le docteur Proust a si bien nommé « l'asystolie vésicale », asystolie reconnaissant pour cause une sténose uréthrale, de même que l'ancienne conception d'atonie primitive de l'estomac se réduit à une sténose pylorique causale.

Dès lors, supprimant la cause, on peut espérer supprimer l'effet, une indication rationnelle s'impose : — la suppression radicale de l'obstacle prostatique; — et c'est du côté de la chirurgie que s'orientent les efforts de la nouvelle école.

La région prostatique, réputée longtemps difficilement abordable pour l'opérateur, est étudiée d'une façon plus minutieuse au point de vue anatomique, les dernières hésitations tombent, et dans la main de maîtres réputés, le bistouri devient le remède désormais efficace de cette affection jadis incurable.

Après les précurseurs de la nouvelle méthode tels qu'Alexander, Dittel, Goodfellow, c'est aux élèves de M. le professeur Guyon que revient l'honneur d'avoir su reprendre cette opération, la mettre en quelque sorte au point, la justifier par leurs statistiques excellentes et lui conquérir enfin définitivement le droit de cité dans le domaine de la chirurgie contemporaine.

Nous diviserons notre essai sur la Prostatectomie périnéale de la façon suivante :

I. — Légitimité de la Prostatectomie.

II. — Indications et contre-indications.

III. — Anatomie pathologique.

IV. — Préparation du malade.

V. — Technique opératoire.

VI. — Soins post-opératoires.

VII. — Incidents et accidents post-opératoires.

VIII. — Résultats immédiats et éloignés.

I

LÉGITIMITÉ DE LA PROSTATECTOMIE

a) Il est définitivement acquis aujourd'hui ainsi que je l'ai rappelé dans l'historique que *l'atonie vésicale est secondaire et reconnaît pour cause l'obstacle prostatique*. Il est donc aussi légitime de supprimer cet obstacle qué de supprimer un goître comprimant la trachée, un *fibrôme* comprimant le rectum, ou un cancer amenant une sténose pylorique.

b) De plus, par suite de travaux récents, on ne doit plus considérer l'hypertrophie de la prostate comme étant constamment une tumeur bénigne. Nous verrons en effet plus loin que cette hypertrophie peut être produite non seulement par une prolifération glandulaire adénomateuse ou bien par une prolifération conjonctive, mais que le tissu néoformé peut tendre à une dégénérescence épithéliale. On peut donc craindre par la suite une généralisation de la tumeur maligne.

En tout cas, bénigne ou maligne, *la tumeur est*

incurable, sa présence constitue toujours un danger, que ce danger soit immédiat ou apparaisse à plus ou moins longue échéance ; et il est d'autant plus légitime de parer à ces accidents que l'organe dont on pratique l'ablation, neuf fois sur dix, ne fonctionne plus, et que la plupart des prostatiques sont déjà en pratique impuissants même avant l'intervention.

II

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Ces considérations éclairent d'un jour nouveau les indications de la Prostatectomie et nous prévoyons déjà que cette opération n'est pas un pis aller, l'intervention sanglante qui devient inévitable quand les autres traitements ne suffisent plus, mais bien *un traitement de choix*, le meilleur traitement de l'hypertrophie prostatique.

Parlons d'abord des contre-indications :

a) Il est évident qu'en présence d'un individu arrivé au dernier degré de cachexie ou porteur d'une tare comme les diabétiques, les cardiaques, les tabétiques, l'opération devient trop dangereuse pour un organisme usé et voué d'ailleurs à une existence courte. Mais cette contre-indication vient d'une affection surajoutée, qui exclut à tout jamais et pour n'importe quelle intervention ces malades de la classe des individus raisonna-

blement opérables. Ajoutons toutefois que même dans ces cas, c'est à l'expérience et à la conscience du chirurgien qu'il appartient de décider en dernier ressort et nous connaissons deux cas de diabétiques opérés avec succès par M. le docteur Pauchet.

b) Vient ensuite se poser la question de la génitalité à laquelle nous avons fait une légère allusion à propos de la légitimité.

Pour un homme encore jeune, la prostatectomie et l'impuissance qu'elle entraîne serait un inconvénient assez sérieux. Mais la plupart des individus porteurs d'une grosse prostate ont passé l'âge de la vie active au point de vue des rapports sexuels, ils sont en principe incapables de procréer et même de coïter. Il n'existe donc, même au point de vue génésique et familial, aucune excuse pour leur conserver une fonction précaire au prix des incommodités de l'hypertrophie prostatique. Et l'on se rappellera au surplus que le pronostic opératoire s'assombrira d'autant plus que la cure radicale sera plus reculée. C'est d'ailleurs un devoir pour le chirurgien d'avertir le malade de cette impuissance sexuelle et nous en connaissons bien peu qui refusent, à cause de cet inconvénient post-opératoire, la guérison de leur si pénible infirmité.

Ceci posé, les scrupules au point de vue de la génitalité étant écartés, les cachectiques et les tarés étant en principe inopérables, nous pouvons dire que *tous les autres prostatiques doivent être opérés.*

Citons rapidement les différents types cliniques qui

peuvent se présenter et dont les lésions sont justiciables, immédiatement ou après un traitement préparatoire, de l'intervention :

1° *D'abord les prostatiques en état de rétention aiguë.* — Voilà certes un accident grave qui justifiera pleinement l'opération, après le délai nécessaire pour intervenir dans de bonnes conditions. On n'opérera pas immédiatement et ceci pour plusieurs raisons.

a) Les malades qu'on est appelé à examiner pour ces cas aigus sont vus sur place, à une heure quelconque de la journée et une opération comme la prostatectomie ne se fait pas à domicile et sans préparation sérieuse du malade.

b) De plus, et ceci est plus sérieux, l'accès de rétention aiguë a pour cause occasionnelle la congestion de la prostate et par réciprocité cette rétention amène une congestion encore plus intense des organes du petit bassin, congestion qui remonte même souvent jusqu'aux reins, prédisposant ces organes à l'infection et au choc rénal. Opérer de suite serait donc s'exposer à une intervention très sanglante et moins bénigne. Il est donc indiqué d'évacuer la vessie ét nous avons trois moyens pour cela : Le plus simple qui est *le cathétérisme*, quand il est possible, avec maintien de la sonde à demeure pour pouvoir, si besoin est, désinfecter la vessie par des lavages antiseptiques. Rappelons en passant que toute vessie en état de rétention aiguë doit être vidée *lentement* pour éviter les accidents

locaux (hémorrhagiques) ou généraux, (toxiques, foudroyants) qui peuvent résulter d'une évacuation trop rapide.

Ce moyen présente pourtant des inconvénients : il ramollit la prostate, favorise la formation de petits abcès miliaires à l'intérieur de la glande, provoque des réactions inflammatoires avec adhérences péri-prostatiques.

Mais il est des cas où le cathétérisme est impraticable : *la ponction sus-pubienne* s'impose alors, avec une aiguille de Roux par exemple, l'urine se vide goutte à goutte et l'opération peut être pratiquée d'urgence dans les 24 heures. Dans d'autres cas les urines sont troubles, la vessie est infectée et la désinfection, impossible par l'urèthre, réclame un large drainage par une autre voie : *la cystotomie* est indiquée et l'opération retardée ;

2° *Les rétentionnistes chroniques avec distention.*— Ces malades ont une vessie parfois énorme remontant jusqu'à l'ombilic, une vessie qui a cessé de lutter, par conséquent, contre l'obstacle, qui a cédé et qu'il importe de soulager au plus vite en supprimant la tumeur et par suite la sténose. Il vaut mieux ramener la vessie à sa capacité minima avant l'intervention.

3° *Les rétentionnistes incomplets.* — Parmi ces malades, les uns ont les urines claires, mais le volume de leur prostate rend la rétention aiguë et l'infection toujours possibles. De même la disposition de leur basfond les expose à la formation de calculs. On leur

rendra donc service en prévenant ces complications par une intervention précoce.

Les autres ont les urines troubles et rentrent dans la catégorie dont nous allons parler.

4° *Les infectés.* — La première indication pour une infection vésicale, c'est le drainage. On pratique chez les rétrécis infectés l'uréthrotomie interne et on leur fait, par une sonde à demeure, des lavages antiseptiques. Dans les cystites rebelles, on pratique un drainage plus large (vaginal chez la femme, périnéal chez l'homme). Chez les prostatiques infectés la même indication s'impose et la prostatectomie périnéale y répond merveilleusement : le bas-fond vésical est supprimé et le drainage est largement assuré par la sonde périnéale et plus tard par l'urèthre redevenu praticable. Elle procure de plus au muscle vésical un repos excellent pour l'aider à réagir contre l'infection et à récupérer sa vigueur fonctionnelle.

5° *Les calculeux.* — L'opération enlève les calculs déjà existants. Supprimant le bas-fond et partant le résidu, elle évite les récidives si fréquentes.

6° *Les malades obligés de se sonder et chez lesquels le cathétérisme amène des hémorrhagies.*

7° *L'âge du malade*, comme dans toute opération, a son importance, quoique cette considération soit toute relative et que tel vieillard de 80 ans, sobre, résistant, supporte mieux quelquefois le choc opératoire qu'un autre malade plus jeune mais plus compromis. Encore

une fois, c'est à la compétence du chirurgien qu'il importe de s'en remettre et nous avons vu opérer par M. le docteur Pauchet un malade de 77 ans qui se porte encore en ce moment admirablement bien.

En somme, ces indications donnent à la prostatectomie périnéale une zone d'action très large. Et, de fait, nous sommes bien loin de considérer cette intervention comme un pis aller, un traitement qu'on institue dans les cas rebelles, quand les autres moyens ont échoué, qu'on hésite en tout cas à employer bien que le préférant au méat hypogastrique.

Nous savons par les statistiques que, dans les mains d'un praticien habile, la prostatectomie périnéale est une opération bénigne, donnant des résultats post-opératoires excellents, et contre la prostatectomie *tardive* et même *secondaire* que l'on est presque toujours appelé à pratiquer, nous accordons hautement la préférence à l'intervention *précoce*, pratiquée dès la constatation de l'hypertrophie, le plus tôt possible. Il semble en effet illogique de respecter une lésion qui est incurable, qui, au lieu de rétrocéder ou même de rester stationnaire, ne pourra qu'évoluer dans le mauvais sens, causer des accidents graves (rétention aiguë, infection, dégénérescence du muscle vésical) et même se transformer en tumeur maligne. Pourquoi dès lors, même si l'affection est relativement bien tolérée par le malade, laisser subsister ce danger et la menace de ces complications si graves ?

La prostatectomie périnéale est une opération bénigne

nous le répétons ; elle est à présent le seul traitement rationnel de l'hypertrophie prostatique. Quand nous pourrons la faire précoce, n'hésitons pas : le muscle vésical récupérera d'autant mieux sa tonicité et sa fonction qu'on supprimera plus tôt la cause de sa déchéance.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopique.

Il faut se rappeler que la prostate se compose :

a) De deux lobes principaux ou latéraux accollés sur la ligne médiane et formant ainsi une gouttière antérieure dans laquelle est couché l'urèthre ;

b) D'un petit lobe accessoire ou plutôt d'une petite portion glandulaire réduite, insignifiante, siégeant au-dessus des canaux éjaculateurs, sous la muqueuse de la portion initiale de l'urèthre prostatique.

c) D'un système de glandules accessoires sous-muqueuses siégeant, non pas dans l'urèthre, mais sous la muqueuse vésicale très près du col.

Dans l'immense majorité des cas, l'hypertrophie porte exclusivement sur les deux lobes latéraux, hypertrophiés également ou inégalement et produisant ou

non ce que M. le docteur Proust appelle la *scoliose* du canal.

Il existe parfois aussi un lobe médian. Ce lobe médian est alors développé soit aux dépens du petit lobe accessoire uréthral, soit aux dépens du groupe sous-muqueux juxta-cervical. Cette distinction d'origine du lobe médian présente un grand intérêt chirurgical. En effet : si c'est aux dépens de la portion uréthrale de la prostate que cette masse est formée, on l'abordera par la fente de l'urèthre prostatique ; si, au contraire, cette luette, ce lobe accessoire s'est formé aux dépens des glandes juxta-cervicales, il formera une tumeur pédiculée dans la vessie, sous-muqueuse et accessible par la cavité vésicale.

Nous venons, pour plus de commodité, de schématiser les lobes prostatiques et de montrer leur hypertrophie respective. En général, l'hypertrophie est totale, massive, avec ou sans prédominance de l'un d'eux, mais il importait de signaler les diverses variétés anatomiques que le chirurgien peut rencontrer.

Voyons maintenant la consistance des tissus et leur aspect à la coupe Il s'en faut de beaucoup que toutes les prostates soient les mêmes pour l'opérateur.

d) Il y en a de demi-molles auxquelles la capsule n'adhère pas, qui se laissent admirablement décortiquer par le chirurgien. Leur aspect multilobulé rappelle celui de certains fibrômes utérins ou des adénofibrômes du sein. C'est la forme d'*hypertrophie glandulaire*, c'est un adénôme comme le goître et l'adénôme du sein.

Il y en a de dures comme du cuir, fermes, peu volumineuses, régulières, lisses, souvent adhérentes à la capsule et difficiles à abaisser avec le désenclaveur ; il faut aller les sculpter sur place, et comme elles saignent en même temps beaucoup, on se rend facilement compte de toutes les difficultés de leur ablation.

Et ces prostates fibreuses, petites, rétractées comme des squirrhes, quelquefois moins grosses que la normale, sont susceptibles comme les grosses prostates de causer des accidents graves et produisent souvent des accès de rétention aiguë. Ainsi donc le terme d'hypertrophie de la prostate serait un terme impropre, puisque les accidents des prostatiques peuvent avoir pour cause initiale aussi bien une petite prostate qu'une grosse. Il serait plus juste de dire prostatite chronique, et cette deuxième forme dont nous venons de parler en est la *forme fibreuse*, alors que la première en est la forme glandulaire.

Entre ces deux formes, il y a des formes mixtes dont nous allons parler au point de vue histologique. Signalons encore ces protates parsemées, farcies pour ainsi dire, de petits abcès miliaires qui les transforment en une éponge de pus, ou renfermant des productions kystiques.

Examen microscopique.

M. le docteur Hautefeuille qui a fait l'examen histologique des dernières prostates enlevées par M. le docteur Pauchet a bien voulu nous communiquer les

résultats de ses recherches personnelles, résultats qui concordent parfaitement d'ailleurs avec les formes cliniques que nous venons d'étudier. Nous lui laissons la parole sur ce point :

« Au point de vue histologique, les prostates hypertrophiées sont constituées le plus souvent au début « par une prolifération du tissu glandulaire normal de « l'organe.

« Plus tard, il arrive fréquemment que le stroma « conjonctif prolifère à son tour et constitue une partie « notable de la tumeur. Suivant que l'un ou l'autre de « ces processus domine, on a affaire ou à un *adénome* « assez franc, ou à une tumeur mixte que l'on peut « appeler *adéno-myxo-fibrome.*

« Quelquefois le tissu fibreux et musculaire peut « prédominer et proliférer de telle façon qu'il étouffe « presque complètement le tissu glandulaire qu'on « retrouve difficilement dans les coupes. On a alors un « véritable *myxo-fibrome.*

« Enfin, il peut arriver qu'au bout d'un certain temps « il se produise une prolifération de l'épithélium glandulaire et que l'adénome se transforme en véritable « épithélioma.

« Il faut tenir compte aussi des cas où l'hypertrophie est, en réalité, le résultat d'un processus inflammatoire. On y trouve alors, parsemés dans le tissu, « des petits abcès miliaires et de nombreux éléments « embryonnaires.

« Voici d'ailleurs les résultats de nos examens pour

« les dix dernières prostates enlevées par M. le docteur Pauchet :

« Dans 1 cas : prostate avec abcès miliaires ;

« Dans 6 cas : adénome ou adéno-myxo-fibrome ;

« Dans 2 cas : un myxo-fibrome ;

« Dans 1 cas : un épithélioma. »

Nous tenons à signaler ce point intéressant : c'est que parmi ces prostates d'aspect normal, d'aspect glandulaire, d'une ablation facile et de suites opératoires simples, il en est une qui, à l'examen histologique, a présenté des cellules cancéreuses et donné tous les caractères d'un épithélioma franc. Quel sera l'avenir de ce malade? Il y a trop peu de temps qu'il est opéré pour qu'on puisse espérer une ablation radicale ou conclure à la bénignité d'un néoplasme qui partout ailleurs est malin et à évolution rapide.

En résumé :

a) *Prostatites glandulaires*, adénômes ou plutôt adéno-myxo-fibrômes, bien décorticables, faciles à opérer, donnant des guérisons rapides et sans fistules.

b) *Prostatites fibreuses*, sclérose prostatique, tumeurs impossibles ou du moins très difficiles à décortiquer, saignant à la coupe, inabaissables par le désenclaveur.

c) Enfin prostates farcies d'abcès miliaires qui en font une éponge de pus, et résultant d'un processus

inflammatoire, venant compliquer une hypertrophie déjà existante.

Tels sont schématiquement les trois types que rencontre le chirurgien. Après la prostatectomie subtotale, l'urèthre est souple chez les premiers malades (forme glandulaire), il est rigide chez les malades à forme scléreuse et sa cicatrisation est plus longue ; les deux fistules périnéales que nous avons constatées et qui ont dû être réopérées étaient consécutives à des prostatites fibreuses.

IV

PRÉPARATION DU MALADE

Pour opérer notre malade dans de bonnes conditions, il faut répondre à trois indications principales :

1° *Désintoxiquer l'organisme et relever les forces du malade ;*

2° *Désinfecter la vessie ;*

3° *Évacuer l'intestin.*

1° *Désintoxiquer l'organisme.* — Chez les urinaires la fonction rénale est précaire, l'élimination des poisons de l'organisme très incomplète. Ce défaut de dépuration naturelle retentit fatalement sur le foie, impuissant à neutraliser, par l'activité propre de ses cellules, les toxines en excès, et de toutes ces causes, il résulte une intoxication générale se traduisant par un état saburral des voies digestives, un facies malade et fatigué, blême, de l'anorexie, de la fièvre et quelquefois de l'œdème pulmonaire. Il importe donc de

rétablir au plus vite la fonction rénale, d'activer la diurèse en vidant la vessie et en supprimant la stase urinaire, de faire un lavage du sang en quelque sorte par un régime de boissons abondantes, rafraîchissantes et toniques en même temps : lait, eau de Vittel, de Contrexéville, bouillon de légumes excellent en la circonstance par les propriétés diurétiques et toniques qu'il doit aux sels qu'il renferme, en particulier aux sels de magnésie.

2° *Désinfecter la vessie.* — On pratiquera la désinfection par des lavages répétés et on laissera s'il est nécessaire une sonde à demeure, changée en tout cas deux fois par jour. Le liquide antiseptique auquel nous devons donner la préférence est l'eau oxygénée, autant à cause de son pouvoir batéricide puissant que pour son action mécanique qui désagrège les surfaces suppurantes tomenteuses, par le dégagement des gaz qu'elle renferme. Si le cathétérisme est impossible comme chez certains rétentionnistes aigus, la cystotomie avec large drainage et désinfection minutieuse sera indiquée ;

3° *Évacuer l'intestin.* — Cette mesure a trois buts :

a) Elle désintoxique le malade. Nous savons en effet que le gros intestin est le siège de fermentations qui viennent contribuer pour leur part à l'intoxication de ces malades déjà affaiblis.

b) Elle évite ou atténue l'infection prostatique. De récents travaux ont prouvé en effet la corrélation

étroite qui existe entre le rectum et la prostate au point de vue des germes pathogènes et souvent l'encombrement rectal contribuerait fortement au développement des prostatites chroniques.

c) Enfin elle prépare d'une façon directe à l'opération en supprimant du champ opératoire tout contact douteux.

V

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique suivie par M. le docteur Pauchet a toujours été celle qui a été si bien décrite par son collègue, M. le docteur Proust, et que son maître, M. le docteur Albarran, a modifiée et appliquée dans un grand nombre de cas.

Les instruments sont les suivants, les plus simples comme on le voit et réduits au strict nécessaire :

Un bistouri ;
Une pince à disséquer ;
Pinces hémostatiques et de Kocher ;
Désenclaveur ;
Écarteurs de Farabœuf ;
Pinces de Museux ;
Sonde uréthrale.
Une paire de ciseaux droits, fins et pointus.

On donne au malade la position de Proust, le périnée regardant le plafond.

Nous décrirons à cette technique opératoire les temps suivants :

a) Incision pré-anale de la peau, section courbe à extrémités répondant aux ischions et à sommet éloigné de deux doigts au-devant de l'anus.

b) *Isolement du bulbe:*

On voit dans la plaie : en arrière, le sphincter externe et en avant le bulbo-caverneux. On sectionne transversalement le raphé-ano-bulbaire, le bulbe est soigneusement décollé, grâce au tissu lâche qui le sépare du rectum terminal (espace décollable rétro-bulbaire).

c) *Section du muscle recto-uréthral :*

L'index de la main gauche sent la sonde de gomme mise dans l'urèthre membraneux. Presque immédiatement derrière cette saillie, on coupe le tissu fibreux qui forme le fond de la plaie; c'est le muscle recto-uréthral, c'est *la clef de l'espace recto-uréthral.*

d) *Décollement recto-uréthral :*

On sait que l'on est bien dans le plan de clivage recto-uréthral (espace décollable rétro-prostatique) quand la plaie *ne saigne pas* et que la prostate montre sans effort sa face postérieure lisse.

e) *Hémisection de l'urèthre :*

Sur la sonde qu'on sent dans l'urèthre membraneux

ou plutôt sur la partie de cathéter qui occupe le bec de la prostate, on sectionne sur la ligne médiane toute la prostate. L'épaisseur de tissus est insignifiante, il n'y a presque pas de tissu glandulaire à ce niveau, parfois même pas du tout. On retire alors la sonde contenue dans l'urèthre.

f) *Décapsulation de la prostate :*

La capsule adhère sur la ligne médiane, c'est donc en dehors de cette ligne, à quelques millimètres de chaque côté, qu'on incise de haut en bas la capsule pour mettre à nu les tissus prostatiques ; on amorce le décollement avec la pointe des ciseaux fermés, et on l'achève avec les doigts ; c'est un temps très important, souvent facile, parfois laborieux, de temps en temps impossible (à cause de la péri-prostatite). On poursuit ce décollement, en avant, en arrière, partout ; quand il est terminé, l'opération est faite.

g) *Isolement de l'urèthre et ablation des lobes prostatiques :*

On mène deux incisions verticales et parallèles à l'axe de l'urèthre, on isole ainsi ce dernier des lobes prostatiques en laissant un follicule de tissus péri-uréthraux. On parachève l'isolement en mettant un doigt dans l'urèthre et en sectionnant à l'aide des ciseaux les derniers points glandulaires adhérents et on extirpe l'organe soit par *hémisection*, en deux fois, soit dans les cas difficiles *par morcellement*. Aucune ligature ni suture n'ont été faites. On place une sonde

de Pezzer ou Malecot dans la vessie par la plaie périnéale et on fait un pansement avec de la gaze stérilisée.

Avant de parler des soins post-opératoires, nous allons examiner quelques particularités de la méthode de M. le docteur Pauchet, et en présenter ici la discussion.

1° *Avant l'opération, M. le docteur Pauchet fait la résection des canaux déférents.* — La fonction génitale étant supprimée, ces canaux n'ont plus aucune utilité. Mais il a paru souvent par contre qu'ils étaient nuisibles, en servant de route aux microbes de la plaie périnéale Supprimant cette route et coupant les communications, on est en droit d'espérer que les orchites post-opératoires, assez fréquentes, disparaîtront.

2° On incise l'urèthre pour passer le désenclaveur, dans sa *portion prostatique* où il y a abondance relative de tissus et réparation plus facile et non dans sa région membraneuse où il est mince, délicat et où sa cicatrisation est moins rapide et plus laborieuse.

3° *On ne fait ni sutures ni ligatures* et cette omission n'est nullement préjudiciable au malade comme on le verra dans les conclusions.

Les ligatures et les sutures tiennent mal et ceci est facile à comprendre. Elles sont dans un milieu infecté, où les tissus sont friables et le deviennent encore plus dans les jours qui suivent l'opération. Les catguts ne résistent pas aux sécrétions urinaires, les soies sont

très favorables à la formation de calculs. De plus, l'eau oxygénée qui est d'une aide si puissante pour la désinfection de la plaie, possède un pouvoir de désagrégation qui aurait vite fait sauter ces ligatures et ces sutures tenant déjà mal dans des tissus peu résistants.

4° *La sonde à demeure est supprimée* purement et simplement et les malades n'en éprouvent aucun inconvénient. L'urèthre prostatique a d'ailleurs une largeur plus que suffisante et ne montre aucune tendance à se rétracter ; la sonde n'a donc aucune utilité pour le maintien de son calibre. L'urine reprendra son cours naturellement, le béniqué au bout d'une quinzaine de jours lui montrera et lui ouvrira le chemin et cette simple précaution suffira dans l'immense majorité des cas. On évite ainsi les manœuvres délicates et douloureuses du changement de sonde et surtout la possibilité, toujours réelle même avec des soins minutieux, d'une infection véhiculée ou guidée par la sonde.

En résumé la sonde n'est pas nécessaire et aucun des malades de M. le docteur Pauchet n'a eu à souffrir de cette abstention. Nous croyons donc qu'il est inutile de s'exposer aux complications et aux ennuis qu'elle peut amener et nous la supprimons.

VI

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Les soins post-opératoires comportent :

1° *Les lavages vésicaux.* — On pratique des lavages toutes les 3 heures par le drain périnéal. On emploie l'eau légèrement oxygénée pour laquelle nous avons expliqué plus haut nos préférences, ou une solution de nitrate d'argent au 1/2000e ou 1/3000e.

2° *Les pansements.* — Tous les jours, le pansement est fait ; on débourre la plaie comblée par la gaze stérilisée, on lave à l'eau oxygénée, on s'assure de la bonne position de la sonde de Malécot, on la cale de nouveau à l'aide de mèches et on finit de bourrer la plaie à la gaze stérilisée.

Ces pansements ne sont cessés que lorsque la plaie granule activement et que le contact de l'urine, infectée ou non, est alors sans inconvénient. C'est donc environ entre le neuvième et le quinzième jour qu'on cesse

tout pansement en même temps qu'on supprime la sonde.

3° *Sonde périnéale.* — On place dans la vessie par la plaie périnéale une sonde de Pezzer ou Malécot; elle est maintenue par la gaze qui bourre la plaie. On la retire du neuvième au quinzième jour, quand la plaie en bonne voie de guérison tend à se refermer d'elle-même. Grâce à ce drainage et à ce tamponnement, il n'y a pas de suppuration et la cicatrice est par la suite souple et non rétractile.

4° *Garde-robes.* — Le malade qui avant l'opération a été soumis pendant quelques jours au régime que nous avons indiqué au chapitre spécial (boissons abondantes, bouillon de légumes), et à qui on a ensuite administré un purgatif et des lavements d'huile, peut rester huit jours constipé sans inconvénients. Passé ce délai, on n'a plus à craindre que la plaie qui bourgeonne bien et est déjà en bonne voie de réparation, puisse s'infecter facilement avec les matières fécales. On prendra d'ailleurs toutes les précautions pour éviter le moindre contact et le pansement sera renouvelé autant de fois qu'il le faudra dans les vingt-quatre heures, le jour ou le purgatif sera administré au convalescent.

5° *Béniqués.* — On passera les béniqués à partir du quinzième jour, d'une façon quotidienne, et on continuera ensuite de façon de plus en plus espacée pen-

dant plusieurs mois. C'est au chirurgien de juger en cette occurence quand il doit cesser, sans préjudice pour son opéré, cette formalité quelque peu assujétissante et à laquelle échappe d'ailleurs une bonne partie des malades, par négligence ou par lassitude. Il faut dire d'ailleurs qu'ils ne s'en portent pas plus mal et que leurs mictions se font d'une façon parfaite.

VII

INCIDENTS ET ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES

Fièvre. — Nous n'avons jamais vu de fièvre pendant les suites immédiates de l'opération, parmi les nombreux malades de M. Pauchet. On avait d'ailleurs pris toutes les précautions pour se mettre à l'abri de cette complication : drainage bien assuré, eau oxygénée, lavages vésicaux continuels, pansements quotidiens.

Toutefois cette fièvre peut apparaître le quinzième ou vingtième jour par suite d'une épididymite.

Nous avons parfois aussi constaté une légère poussée de fièvre urineuse durant une demi-journée chez des malades à qui on passe le premier béniqué.

Hémorragies. — Deux fois il a fallu détamponner et retamponner les opérés deux ou trois heures après l'opération, la guérison s'est faite sans incidents.

Orchite — C'est la complication la plus fréquente ;

nous l'avons constatée chez la moitié des opérés avant l'époque où l'on pratiquait la résection des canaux déférents,

Quelquefois elle est double et devient une complication très pénible. Dans un des cas, un testicule suppuré a dû être enlevé.

Déviation du canal. — Chez la plupart des anciens opérés, l'urèthre déglutit le béniqué 5o facilement, sans ressaut, sans arrêt, sans constriction. Pourtant chez un tiers des malades environ on observe une déviation, le béniqué doit s'incliner à droite ou à gauche pour passer. Chez quelques-uns même le cathétérisme est vraiment difficile et ils refusent d'autant plus à s'y soumettre qu'ils urinent fort bien et se portent parfaitement.

Fistule recto-uréthrale. — Voilà une complication grave et pénible que nous avons constatée chez deux malades. Faisons remarquer toutefois que le cas s'est produit chez deux sujets très maigres, à anus profond, difficiles à opérer et chez lesquels le rectum était accolé pour ainsi dire à la face postérieure de la prostate, par suite de poussées aiguës de périprostatite. Cette périprostatite avait été elle-même très probablement causée par les sondages antérieurs répétés ou même par la sonde à demeure à laquelle on peut imputer souvent cette inflammation. Il est parfois difficile d'éviter cette fistule recto-uréthrale, mais il nous semble que même dans des opérations très laborieuses, on peut arriver à

décoller sans lésions le rectum, en suivant scrupuleusement, avec patience et lenteur, les plans anatomiques si bien décrits dans l'excellent ouvrage de M. le docteur Proust.

Fistule périnéale. — Bien des malades perdent leurs urines par le périnée pendant un mois ou 5 semaines. Passé deux mois, il est rare qu'ils se sentent encore un peu mouillés de temps à autre. Deux opérés ont conservé leur fistule 6 mois. M. Pauchet leur a dédoublé simplement l'urèthre du rectum jusqu'à l'orifice uréthral et la guérison s'est faite, rapidement et sans suture.

Il ne faut donc pas effrayer le malade d'avance avec cette complication, elle est relativement rare, et en tout cas facilement curable dans les mains d'un bon chirurgien.

VIII

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS.

Si par résultats immédiats, nous entendons les guérisons opératoires, nous pouvons dire que les résultats sont bons. Dans la statistique de M. le docteur Pauchet, en effet, sur 33 malades nous avons à enregistrer 3 décès, ce qui nous donne une proportion de 9 o/o.

Encore faut-il tenir compte de l'état de certains malades avant l'opération. Infectés, cachectiques, scléreux, atteints d'œdème des jambes, avec le teint jaune, le facies blême et fatigué. Encore faut-il surtout se rappeler qu'à l'époque actuelle il n'est donné au chirurgien de prostatectomiser que des malades qui ne peuvent plus ou ne peuvent pas se sonder. Le jour où avec la prostatectomie *tardive* ou *secondaire*, on pratiquera la prostatectomie *précoce*, comme on enlève un adénôme du sein, avant qu'il devienne dangereux, *la mortalité sera à peu près nulle*. La prostatectomie périnéale est dès maintenant classée parmi les opérations bénignes, c'est une intervention de grand avenir

et une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine.

Résultats éloignés :

Il faut considérer les résultats peu éloignés, c'est-à-dire l'état des malades 3 à 6 mois après l'opération et les résultats plus éloignés, c'est-à-dire 6 mois à 2 ans plus tard.

Eh bien, il est un fait constant que nous avons toujours remarqué chez les malades que nous avons eu la bonne fortune de revoir longtemps après leur intervention. *Plus un opéré s'éloigne de sa période d'intervention, meilleur est son état général.* L'amélioration continue est la règle ; les inconvénients qui persistent pendant les premiers mois de convalescence (tels qu'une certaine difficulté pour le malade à retenir ses urines, plus spécialement après un repos au lit ou au lever du matin, une légère pollakyurie nocturne, un résidu de la miction, un peu d'induration de la région périnéale) tout cela disparaît à la longue.

Et deux points importants sont à signaler :

a) La vessie recupère peu à peu sa tonicité, son élasticité et sa rétractilité.

b) Les tissus péri-uréthraux-prostatiques deviennent de plus en plus souples et n'occasionnent pas de rétrécissements secondaires ; les difficultés du cathétérisme dans certains cas sont causées par des déviations du canal, déviations qui, d'ailleurs, à notre avis,

ne peuvent que retarder et non empêcher la guérison radicale et définitive.

Ceci posé, étudions de plus près les avantages dont bénéficient ces prostatectomisés considérés longtemps comme des infirmes incurables et nous comprendrons l'enthousiasme d'un grand nombre de ces malades à qui la chirurgie a apporté la guérison inespérée, en opérant parfois même de véritables résurrections. Nous avons eu l'occasion d'examiner avec M. le docteur Pauchet 33 prostatiques avant et après l'intervention. 21 de ces cas ont été publiés dans le remarquable travail de M. le docteur Proust, les 12 autres sont inédits. Voici, d'après cette statistique, les résultats que nous avons constatés :

Sur ces 33 opérés, 3 sont morts. Le premier présenta à l'autopsie un *cancer* qui avait envahi déjà la vessie et le rectum, outre la prostate ; le deuxième, amené trop tard et opéré forcément dans de déplorables conditions, présentait à l'autopsie des lésions de *pyélonéphrite*. Le troisième était un vieillard cachectique atteint de *cystite aiguë* et qu'on avait cru, malgré son état très grave, pouvoir sauver.

Restent donc 30 opérés dont nous avons pu suivre la convalescence et dont nous allons parler.

1° *Etat général.* — Tous se portent très bien, à l'exception d'un seul, bouffi, obèse, au facies blême et fatigué, qui présente des phénomènes d'intoxication dès qu'il mange, dont l'organisme en un mot n'a pas

encore su réagir victorieusement et éliminer les toxines accumulées pendant son infection préopératoire. Les autres sont au contraire remarquables par leur teint frais, coloré, leur air de vieillards regaillardis et rajeunis ;

2° La *Fonction sexuelle*, d'une façon générale, est abolie ; quelques-uns ont pourtant encore eu quelques érections, mais passagères et incomplètes, autant dire nulles ;

3° *Miction*. — C'est le point le plus intéressant et nous allons étudier successivement :

a) *Le résidu* : Les opérés se répartissaient dans les types cliniques suivants :

Les rétentionnistes aigus ;

Sur 9 malades chez qui l'accès de rétention aigüe a nécessité l'intervention,

5 vident à présent complètement leur vessie.

Les 4 autres ont un résidu de 15, 30, 50, 60 grammes.

Les rétentionnistes chroniques avec distention, 4 opérés :

1 vide complètement sa vessie.

2 ont un résidu de 80 à 100 grammes.

L'autre a une fistule recto-uréthrale presque complètement guérie en ce moment et une vessie en très bon état.

Les rétentionnistes incomplets, 13 opérés :

6 d'entre eux avaient avant l'opération des résidus de 80, 90, 110, 150, 300 gr., 700 et 800 gr.

Ils vident maintenant complètement leur vessie.

Les 7 autres, avec un résidu antérieur de 300, 400 et 800 grammes, n'ont plus maintenant que 80, 60 et même 30 grammes.

Les dysuriques :

3 opérés qui vident maintenant complètement leur vessie.

Enfin, un dernier malade porteur d'une fistule hypogastrique après cystotomie d'urgence porte en ce moment encore une fistule périnéale en voie de guérison.

b) *La vigueur du jet* est encore très forte chez les anciens rétentionnistes aigus dont la vessie n'a pas eu le temps de dégénérer. Quelques autres malades opérés pour distension vésicale avec des petites prostates dures et scléreuses pissent en bavant, mais, chose curieuse, vident bien leur vessie quand même. On est d'ailleurs en droit d'espérer chez tous ces malades une certaine régénérescence du muscle vésical qui ne fera qu'améliorer leur état sur ce point.

c) *L'aspect des urines* est généralement satisfaisant. Si quelques malades conservent pendant quelques mois encore des urines troubles, ces dernières se clarifient d'elles-mêmes le plus souvent, sans qu'on soit obligé d'avoir recours au lavage vésical.

d) *La pollakyurie* est la règle encore qu'elle soit très légère ; les opérés se lèvent ordinairement une ou deux fois la nuit et ont une fréquence relative des mictions, fréquence qui s'atténue d'ailleurs de plus en plus à mesure que le malade s'éloigne de la date de l'intervention.

e) *Polyurie.* — Tous les malades ont de la polyurie, claire le plus souvent, mais il faut dire qu'ils boivent tous de l'eau fraîche à jeun, le matin à leur réveil, et qu'ils usent largement du régime végétal, suivant les recommandations qui leur ont été faites par leur chirurgien.

En résumé, miction complète ou peu s'en faut, jet vigoureux le plus souvent, révélant la vigueur récupérée de la vessie qui se régénère peu à peu, urines généralement claires, état général excellent, tels sont les avantages inappréciables que procure à des infirmes, voués à une mort plus ou moins proche, l'intervention. C'est, en somme, la santé revenue, une longue survie assurée, la menace de terribles complications écartée à tout jamais, la substitution d'une vie facile et agréable à une existence insupportable, douloureuse et combien précaire. C'est, nous le répétons, un des plus beaux résultats obtenus par la chirurgie contemporaine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hypertrophie de la prostate. — Rétention complète. Prostatectomie périnéale. — Fistule recto-uréthrale.

M. S.... 55 ans, ne s'était jamais aperçu de troubles urinaires. Depuis un an les mictions sont plus fréquentes, surtout la nuit. Depuis 6 mois l'état général s'altère, les troubles dyspeptiques apparaissent. De temps en temps, il est pris de ce qu'il appelle une indigestion. A deux ou trois reprises, glaires sanguinolentes au moment des selles. Son médecin l'envoie consulter un médecin des hôpitaux de Paris, lequel, cherchant un cancer latent de l'estomac ou de l'intestin, constate une vessie distendue et fait le diagnostic Le malade est hospitalisé ; on met plusieurs jours pour mettre sa vessie à sec. Il y a un résidu purulent, bien que le malade ne se soit jamais sondé. Pendant quinze jours on laisse la sonde

à demeure, on fait des lavages d'eau oxygénée et le malade boit abondamment du bouillon de légumes, des tisanes, pour se laver les reins.

Intervention. — Position de Proust. L'anus à une très grande profondeur, par suite de la maigreur du sujet et de la tension négative de la cavité abdominale. Le décollement du bulbe se fait facilement, mais le décollement du rectum est laborieux ; bien que je prenne les précautions habituelles, le rectum est déchiré sur une longueur de deux ou trois centimètres ; la plaie est réparée par quelques points au catgut. La décortication de la glande est facile ; le lobe droit présente la forme d'une gourde dont le petit renflement fait saillie du côté du col sous forme de lobe médian. J'isole bien mon urèthre par deux incisions parallèles et j'enlève la glande par fragments ; la prostate pèse 48 grammes.

A la fin de l'opération, l'urèthre présente encore en avant et sur les côtés une épaisseur de 2 millimètres de prostate. Il est fendu en bas sur une longueur de 3 centimètres, mais il présente de chaque côté une déchirure d'un doigt. Drainage périnéal.

Suites opératoires. — Contrairement à l'habitude, ce malade reçoit une sonde à demeure, — à cause de la plaie du rectum. Malgré ces précautions, voici l'état du malade cinq semaines après l'opération.

Il urine un tiers par la verge et deux tiers par le rectum. Celui-ci présente une fistule pouvant admettre une sonde Nélaton n° 15. Orchite suppurée à droite, nécessitant la castration unilatérale. Le malade est réopéré depuis quelques jours. Dédoublement recto-uréthral sans suture. Il est vraisem-

blable que les deux organes fistuleux ainsi séparés se répareront chacun pour leur part.

OBSERVATION II

Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète. Urines propres. Prostatectomie périnéale. — Guérison.

M. B.. , 69 ans, n'a jamais eu de rétention, mais il se plaint de pollakiurie depuis plusieurs années et a actuellement une incontinence nocturne. Je lui trouve 700 grammes de résidu.

Prostatectomie périnéale le 14 mars. Le décollement du rectum est difficile, la décapsulation prostatique impossible, mais ainsi qu'on pouvait le prévoir par le toucher rectal qui révélait une glande dure, ligneuse, les tissus errent sous le bistouri, ne s'abaissent pas et saignent beaucoup. J'enlève de chaque côté de l'urèthre prostatique un fragment de 15 grammes environ et laisse un urèthre à parois dures, sclérosées, qui ne s'affaissent pas. Je place deux ligatures, j'introduis le doigt dans la vessie dont les parois sont épaisses et irrégulières. L'opération a duré 25 minutes.

Ce malade a présenté jusqu'au trentième jour après l'opération de l'*incontinence périnéale*. Toutes les urines s'échappaient par le périnée, sans sensations. Puis, spontanément il a commencé à uriner par la verge et six semaines après l'opération

il urinait normalement. Son médecin, le docteur Viget, d'Abbeville, lui passe de temps en temps un béniqué (3 semaines), mais il est vraisemblable que cette précaution deviendra inutile. Actuellement il se lève encore deux fois la nuit et présente 30 à 40 grammes de résidu.

OBSERVATION III

Hypertrophie prostatique. — Rétention complète. Urines infectées. — Prostatectomie périnéale.

M. N..., 69 ans, présente de la pollakiurie nocture depuis plusieurs années. Il a déjà fait deux crises de rétention aiguë traitées par le cathétérisme, par le docteur Hue, d'Ailly-sur-Somme. Il a été atteint d'une nouvelle crise il y a quinze jours. Depuis ce temps, il est en état de rétention complète et sa fille le sonde quatre fois par jour. On l'amène à ma clinique dans l'état suivant. Facies éreinté, langue saburralle, sèche, température 38°, œdème pulmonaire à droite. La sonde à demeure est mise pendant trois semaines avec deux lavages par jour.

12 mars 1904. Prostatectomie périnéale, le décollement du rectum se fait bien; la décapsulation est facile ; la prostate pèse 35 grammes. Quand j'ai fini de l'enlever, je mets le doigt dans la vessie et je ramène deux adénômes sessiles juxtaposés, siégeant sur le col et devant être la cause de la rétention. Je

les enlève par voie endovésicale sans pouvoir les décortiquer. L'opération a duré un quart d'heure, pas de sutures, pas de ligatures. Je laisse une sonde de Malecot passant par le périnée. Le malade commence a uriner par la verge au bout de trois semaines. Il cesse de perdre l'urine par le périnée au bout d'un mois.

On passe un béniqué toutes les trois semaines. L'urèthre n'est pas rectiligne ; il faut incliner la sonde à gauche. La vessie se vide lentement.

OBSERVATION IV

Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète. — Urines sales — Prostatectomie périnéale. — Guérison.

M. C .., 68 ans, se sonde depuis deux ou trois ans et d'une façon intermittente depuis six semaines ; il se sonde assez proprement.

Son état général s'altérant, il m'est adressé par le docteur Capplet, de Chauny. Je le trouve dans l'état suivant : Prostate moyenne bosselée ; type glandulaire. Résidu 120 grammes. Urines sales, rien aux reins. Prostatectomie périnéale, avril 1094 Décortication très facile. Prostate de 40 grammes. Aspect glandulaire typique ; néanmoins le docteur Hautefeuille trouve à l'examen histologique que c'est un épithélioma franc.

Guérison très rapide. Drain périnéal pendant dix jours, miction normale trois semaines après l'opération. Il sort encore quelques gouttes périnéales pendant huit à dix jours.

Etat actuel. — Résidu nul. Une seule miction pendant la nuit. Urines à peu près claires. Pas de dépôt à l'œil nu. Etat général excellent. Le béniqué 50 passe facilement

OBSERVATION V

M. X. ., 76 ans, homme très peu soigneux, se plaint de pollakyurie nocturne, sans qu'on puisse savoir depuis quelle époque. Actuellement la rétention est complète et son médecin le sonde matin et soir. Urines troubles, amaigrissement considérable, aspect très déprimé.

Opération, 6 avril 1904. — Ligature des déférents Prostatectomie périnéale assez difficile. 40 grammes de tissus. Opération très saignante. Décortication impossible. Hémorrhagie deux heures après. Nouveau tamponnement. La sonde périnéale reste 15 jours en place. Escharre sacrée.

Le malade se lève au bout de trois semaines, en perdant un quart de ses urines par le périnée.

Actuellement le béniqué passe facilement. Il perd encore quelques gouttes d'urine par le périnée, mais ceci n'a aucune importance, car l'opération est récente. Le cathétérisme facile ramène 100 grammes de résidu mais qui disparaîtront vraisemblablement dans quelques mois.

OBSERVATION VI

M. X..., 65 ans, présente un peu de dysurie depuis sept ans. Il y a un an, rétention aiguë. Depuis cette époque (5 ans) rétention complète. Il se sonde cinq fois par jour. Les urines sont troubles, ammoniacales ; malade très déprimé, œdème des jambes. Très maigre.

Prostatectomie périnéale, 12 mars 1904. Décortication facile. Poids 50 grammes. Lobe moyen extirpé par voie endo-vésicale. Drain périnéal expulsé spontanément au bout de huit jours. Orchite double légère guérie en trois semaines. Guérison complète en un mois.

Actuellement, six semaines après l'opération, l'état général est bon, les urines sont claires, le périnée sans fistule. Le malade vide complètement sa vessie. Le cathétérisme à l'aide du béniqué est difficile. Il faut incliner vers la gauche, dès qu'on pénètre dans l'urèthre profond.

OBSERVATION VII

M. B... 69 ans, n'a jamais eu de rétention. Se plaint simplement d'uriner souvent. Etat général encore assez bon. N'a

jamais été sondé. Urines claires. Vessie remonte haut, 700 à 800 grammes de résidu.

Opération, 16 mars. — Prostatectomie périnéale par morcellements, laborieux. Décortication impossible. Prostate très difficile à distinguer au milieu de la gangue scléreuse. 25 grammes de tissus enlevés. Drain périnéal pendant quinze jours. Orchite gauche légère.

Le malade quitte la clinique au bout de cinq semaines. Actuellement bon état général ; cathétérisme facile, urines claires. Quand le malade urine, le liquide coule en bavant, mais sans se faire attendre. La vessie, quoique paraissant avoir perdu sa contractibilité, se vide presque complètement (30 grammes de résidu).

OBSERVATION VIII

M. C .., 70 ans, n'a jamais eu de rétention aiguë. Se plaint seulement d'une légère incontinence diurne et nocturne Urines très purulentes. Léger œdème. Cachexie.

Prostatectomie périnéale, 25 février 1904. Prostate dure, scléreuse, enlevée par morcellements. Suintement abondant. Poids 30 grammes. Urèthre difficilement sculpté, reste rigide et béant. Résection des déférents. Drain périnéal pendant quinze jours. L'amélioration du malade se fait lentement et progressivement. Les urines deviennent plus claires. Son teint se colore. Sa figure devient plus éveillée. Il est bien

remonté deux mois après l'opération, époque à laquelle son périnée est tout à fait fermé.

Actuellement, une grosse sonde béquille passe facilement. La vessie se vide sans jet Néanmoins, on ne trouve que 60 grammes de résidu.

OBSERVATION IX

M. M.. , 70 ans Envoyé pour se faire opérer d'hydrocèle vaginale. Le lendemain de l'opération, rétention aiguë Le malade raconte alors qu'il présente de la pollakiurie depuis plusieurs années. On le sonde tous les jours ; et malgré les précautions prises, les urines se troublent. L'examen de la prostate révèle une glande volumineuse, régulière, élastique, ayant tous les caractères d'un adénome.

Prostatectomie périnéale le 30 mars 1904. Prostate de 90 grammes. Opération facile. Trois fragments. Résection des déférents La fente de l'urèthre prostatique n'a que trois centimètres

Le drain périnéal est huit jours en place. Il est retiré et le malade urine par le périnée, en totalité ou en partie pendant un mois.

Actuellement, bon état général De temps en temps perd encore quelques gouttes d'urine par le périnée. La sonde passe facilement et ramène environ 60 grammes d'urine. Le

cas est trop nouveau. Il est certain que la guérison sera complète dans quelques mois.

OBSERVATION X

M. L..., 68 ans. Atteint de cystite intense, depuis plusieurs mois, après avoir présenté pendant plusieurs années des phénomènes dysuriques nécessitant fréquemment le cathétérisme exécuté par lui-même ou par son médecin. Malade très cachectique, urinant constamment. Très déprimé, très amaigri, il réclame une opération pour calmer ses douleurs. J'essaye pendant quinze jours des instillations et des calmants. Pas de résultat. Je me décide enfin à l'opérer, 5 avril 1904.

Prostatectomie périnéale. Décortication difficile. Le rectum aminci par l'opération se perfore quelques jours après. Abcès miliaires prostatiques, suintement sanguin abondant pendant l'intervention. Le doigt n'est pas dans l'espace décollable retro-prostatique

Sonde uréthrale à demeure pendant quinze jours. Celle ci n'est plus supportée. Urines et matières coulent par le périnée. Plaie infecte. Cachexie progressive. Mort au bout d'un mois

OBSERVATION XI

M. S..., 63 ans, urine fréquemment, n'a jamais eu de

rétention aiguë Il vient me consulter pour des phénomènes intestinaux. Langue très sale. N'a jamais été sondé et c'est la première fois qu'on attire son attention sur la vessie. Cathétérisme facile, 800 grammes de résidu. Mis au cathétérisme régulier pendant deux mois. Les urines deviennent troubles. Mictions plus fréquentes.

Prostatectomie périnéale, 1er avril. Prostate, 60 grammes. Enlevée en deux lobes. Sections des canaux déférents. Sonde périnéale pendant dix jours. Escharre sacrée. Guérison complète en six semaines. Urine spontanément par la verge. — Cathétérisme difficile. Résidu 120 grammes ; cas trop nouveau.

L'état local, comme la majorité des autres, ne sera bon qu'au bout de quelques mois.

OBSERVATION XII

M. C..., 69 ans. Malade depuis quinze ans. Il y a cinq ans, rétention aiguë. Depuis cette époque, se sonde lui-même. Actuellement urines très sales. 2 litres 1/2 par 24 heures Neuf sondages par jour. Mauvais état général. Ne peut se sonder qu'avec la sonde nº 12. Au toucher prostate de volume normal, mais dure.

Prostatectomie périnéale. 3 février 1904. Prostate 15 grammes, dure, scléreuse. Calcul phosphatique de 10 grammes. Sonde périnéale pendant quinze jours Convalescence lente et pénible. Escharre. Miction spontanée possible au bout de six semaines. Urines encore un peu troubles. Périnée fermé. Cathétérisme facile. Résidu 80 grammes.

OPÉRATEUR	AGE DU MALADE Date de l'opération Résultat	HISTOIRE DU MALADE Nature de la rétention	OPÉRATION POIDS DE LA PROSTATE
Observation I. — V. Pauchet.	M. X..., 55 ans. — Opération, avril 1904. Guérison.	Mictions fréquentes depuis 2 ans. Etat général mauvais depuis 6 mois. Glaires sanguinolentes. Résidu purulent.	Prostatectomie périnéale. Décollement du bulbe difficile. Décollement du rectum laborieux. Rectum déchiré, plaie réparée. Décortication de la glande facile. Le lobe droit a la forme d'une gourde dont le petit renflement fait saillie du côté du col. Ablation de la glande par fragments. Poids 40 grammes.
Observation II — V. Pauchet.	M. B..., 69 ans. — Opération, 14 mars. Guérison.	Pollakyurie, 700 gram. de résidu. Incontinence nocturne. Rétention incomplète.	Prostatectomie périnéale. Décollement du rectum difficile. Décapsulation prostatique impossible Tissus saignant beaucoup. Ablation de chaque côté de l'urèthre d'un fragment de 15 grammes.
Observation III	M. N.., 69 ans. — Opération, 12 mars. Guérison.	Poll. nocturne. 3 crises de rétention aiguë. Facies blême. Œdème pulmonaire à dr. Rétention complète.	Prostatectomie périnéale. Décollement du rectum se fait bien. Décapsulation facile. 2 adénomes sessilés siégeant sur le col sont enlevés par voie endovésicale.
Observation IV	M. C... 68 ans. — Opération, 10 avril. Guérison.	Se sonde depuis 2 ou 3 ans de façon intermittente. A l'examen clinique, prostate moyenne bosselée, glandulaire. Résidu 120 grammes. Urines sales. Rien aux reins.	Prostatectomie périnéale. Décortication facile. Prostate de 40 grammes. A l'examen histologique, on voit que c'est un épithélioma simple.
Observation V	M. X..., 76 ans. — 6 avril 1904. Guérison.	Rétention complète, urines troubles Cachexie. Langue sèche. Prostate scléreuse.	Prostatectomie périnéale. Ligature des canaux déférents. Prostate fibreuse. 40 grammes enlevés en deux lobes. Suintement sanguin abondant.

SUITES OPÉRATOIRES DATE DE SORTIE	ÉTAT aux DERNIERS EXAMENS	ÉTAT DE LA MICTION	
		AVANT	APRÈS
Sonde à demeure. Urine 1/3 par la verge, 2/3 par le rectum. Petite fistule rectale. Orchite suppurée. Castration unilatérale et dédoublement recto-uréthral sans sutures.	Fistule récto-uréthrale	Rétention complète	Fistule.
Pendant 15 jours, incontinence périnéale. Urines s'échappant par le périnée.	Urine spontanément.	Rétention incomplète.	30 grammes de résidu
Sonde de Malecot passant par le périnée. Urine par la verge au bout de 3 semaines. Cesse de perdre de l'urine par le périnée au bout d'un mois.	Urèthre non rectiligne. Urine spontanément.	Rétention complète	Vide complètement sa vessie
Drain périnéal (10 jours). Miction normale 3 semaines après Quelques gouttes d'urine par le périnée pendant 8 ou 10 jours.	Une seule miction, la nuit urines claires.	Rétention incomplète	Résidu nul.
Drain périnéal 15 jours. Escharre sacrée. Guérison.	Perd quelques grammes d'urine par jour par le périnée. Cathatérisme facile.	Rétention complète	Résidu 100 grammes.

OPÉRATEUR	AGE DU MALADE Date de l'opération Résultat	HISTOIRE DU MALADE Nature de la rétention	OPÉRATION POIDS DE LA PROSTATE
Observation VI	M. X..., 65 ans. — 12 mars 1904. Guérison.	Un seul accès de rét. aiguë. Pollakyurie depuis 5 ans. Rétention complète. Urines troubles.	Prostatectomie périnéale. Décortication très facile. Poids 50 grammes. Lobe moyen intra-vésical.
Observation VII	M. B..., 69 ans. — 16 mars. Guérison.	Jamais de rétention aiguë. Rétention incomplète. Distension. 7 à 800 grammes résidu. Urines claires.	Prostatectomie périnéale par morcellement. Opération laborieuse (périprostatite). Poids, 25 grammes.
Observation VIII	M. C..., 70 ans. — 25 février 1904. Guérison.	Jamais rétention aiguë. Incontinence nocturne et diurne. Urines très purulentes. Cachexie. Léger œdème des jambes.	Prostatectomie périnéale. Prostate dure scléreuse enlevé par morcellement. Poids, 30 gram. urèthre rigide. Résection des canaux déférents.
Observation IX	M., 70 ans. — 30 mars. Guérison.	Opéré pour hydrocèle. Rétention aiguë. Infection vésicale. Rétention complète.	Prostatectomie périnéale. Très grosse prostate, 90 grammes. Opération facile. Résection des déférents. Boutonnière uréthrale insignifiante.
Observation X	68 ans. — 5 avril.	Cystite intense. Vide complétement sa vessie. Douleur atroce malgré instillations et calmants. Cachexie.	Prostatectomie périnéale. Malade très maigre. Perforation du rectum. Séparation postérieure difficile. Suintement sanguin abondant. Abcès miliaires prostatiques.
Observation XI	M. S... 63 ans. — 1er avril. Guérison.	Polyurie claire Pollakyurie nocturne. Consulté pour dyspepsie. 800 gramm. de résidu.	Prostatectomie périnéale. Prostate de 60 grammes Opération facile. Prostate enlevée en 2 lobes. Section des canaux déférents.
Observation XII	M. C.... 69 ans. — 3 février. Guérison.	Malade depuis 15 ans. Rétention complete et auto-cathétérisme.	Prostatectomie périnéale. Prostate 15 grammes. Dure, scléreuse. Calcul phosphatique de 10 grammes.

SUITES OPÉRATOIRES DATE DE SORTIE	ÉTAT aux DERNIERS EXAMENS	ÉTAT DE LA MICTION	
		AVANT	APRÈS
Drain périnéal, 8 jours. Expulsé spont. Orchite double légère guérie en trois semaines. Guérison en 1 mois	Bon état général. Périnée souple. Cathétérisme difficile. Urines claires.	Rétention complète	Vide complètement sa vessie.
Drain périnéal 15 jours. Orchite unilatérale légère. Guérison en 5 semaines.	Bon état général. Cathétérisme facile. Urines claires. Vessie atone.	Rétention incomplète. Distension.	Résidu 30 grammes.
Drain périnéal 15 jours. Pas d'incidents post-opératoires. Amélioration progressive.	2 mois après l'opération bon état général. Teint coloré. Urines presque claires.	Rétention incomplète	Résidu 60 grammes.
Drain périnéal, 8 jours. Urine par le périnée pendant 5 semaines. Guérison.	Bon état gén. Perd encore un peu d'urine par le périnée. Cas trop nouveau.	Rétention complète	Résidu 60 grammes.
Sonde uréthrale à demeure pendant 15 jours. Suppression de la sonde. Plaie infecte. Cachexie progressive. Exiit au bout d'un mois.	Mort.	Cystite aiguë.	Mort.
Sonde périnéale pendant 10 jours. Escharre sacrée. Guérison complète en 6 semaines.	Urine spontanément par la verge. Cathétérisme.	Rétention incomplète	Résidu 120 grammes.
Sonde périnéale 15 jours. Escharre sacrée. Suites pénibles. Convalescence lente.	Miction spontanée. Urines un peu troubles. Cathétérisme facile.	Rétention complète	Résidu 80 grammes.

CONCLUSIONS

I. — Le terme d'hypertrophie prostatique est impropre si on l'applique comme on le fait en général aux accidents dysuriques qui surviennent chez les sujets de 50 à 80 ans atteints de lésions inflammatoires chroniques de la prostate.

La glande peut être de volume normal et même plus petite, tout en produisant de graves désordres. On devrait donc dire : Prostatites chroniques, sans rien présumer du volume de l'organe.

II. — Les prostates malades et susceptibles d'être enlevées, ne se présentent pas toujours sous le même aspect à l'histologiste comme au clinicien. Tantôt il s'agit d'un *adénome* plus ou moins franc qui s'énuclée avec la plus grande facilité ; tantôt on se trouve en présence d'une *sclérose prostatique et périprostatique diffuse*, d'une décortication très difficile ; tantôt l'organe chroniquement enflammé, est *infiltré d'abcès*

miliaires qui le font ressembler à une éponge de pus; tantôt enfin l'adéno-fibrôme primitif dégénère et se montre à la coupe avec tous les caractères d'un *cancer*.

III. — *On opérera tout malade présentant des accidents dysuriques*, susceptibles de s'aggraver à une époque rapprochée ou éloignée; on ne laissera de côté que les sujets tarés ou voués à une survie trop courte, soit par suite de leur grand âge, soit par suite d'une diathèse concomitante, artériosclérose, diabète grave, etc., et encore devra-t-on mettre en balance la résistance du malade et la survie possible à la suite de l'opération.

On fera en tout cas, autant que possible, la *prostatectomie précoce*, en se rappelant que les résultats seront d'autant plus brillants qu'on se sera adressé à un organisme moins hypothéqué, et que l'intervention inévitable un jour ou l'autre, sera d'autant plus facile et utile au malade.

Seule l'impuissance génésique pourra constituer, mais rarement, une contre-indication, si le malade réclame la persistance de ses fonctions génitales nécessairement supprimées par l'opération.

IV. — On pratiquera l'opération suivant la technique de Proust ou suivant la pratique d'Albarran. *Toutefois, l'absence de sutures, de ligatures et de sonde à demeure uréthrale ne prolonge pas la convalescence et ne modifie pas l'excellence des résultats éloignés.*

En laissant toute la plaie ouverte, en drainant largement, l'opération devient courte, facile ; la vessie se désinfecte mieux, la plaie ne suppure pas et se réunit sans formation de tissu cicatriciel rétractile.

Nous préconiserons donc la prostatectomie subtotale sans sutures, sans sonde à demeure urèthrale, sans ligatures.

V. — On observe trois complications après l'opération :

1° L'orchite qui est évitée par la *résection préalable des canaux déférents ;*

2° La fistule rectale qu'on évite avec une technique mieux réglée et minutieuse ;

3° La fistule urinaire périnéale qui s'observe dans quelques cas de prostatites scléreuses avec urèthre dur et fibreux, et qui guérit facilement par un dédoublement secondaire pratiqué par le chirurgien.

VI. — *Plus un prostatectomisé s'éloigne de la période d'intervention, meilleur est son état local et général.*

Les résultats immédiats sont bons, les résultats éloignés sont excellents.

Vu : le Doyen, GLASSON.

Vu : Le Président de la Thèse, GUYON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.